



Osteomielitis del Pubis

Dres. MAURICIO MORALES GONZALEZ, M.D., F.R.C.S., Ed

GUILLERMO PRADA TRUJILLO, M.D., M.A.C.P.

RUBEN CARVAJAL IRIARTE, M.D. Centro Médico de los Andes

RESUMEN

Se reportan los hallazgos clínicos y microbiológicos de cuatro casos de osteomielitis del pubis, secundarios a cirugías en el área pélvica. Dolor sobre la sínfisis púbica y dificultad para deambulación, así como limitación para la abducción de los muslos, quejas comunes. El intervalo entre la cirugía previa y el diagnóstico definitivo varió entre tres a doscientas ocho semanas con un promedio de ochenta.

Las radiografías simples de pelvis y la gamagrafía ósea fueron importantes medios de diagnóstico. En todos los casos se practicó legrado quirúrgico obteniéndose material para patología y microbiología.

La terapia con antibióticos se realizó por vía endovenosa durante 6 a 8 semanas.

Nuestros pacientes se encuentran actualmente asintomáticos luego de un tiempo de seguimiento que ha oscilado entre 25 y 119 semanas, con un promedio de 68.5.

La osteomielitis del pubis es una enfermedad poco frecuente^{1, 2, 3, 4}. Puede originarse a partir de una bacteremia^{3, 5} o ser secundaria a una diseminación bacteriana de un foco séptico vecino⁵. Varios investigadores han sugerido que la osteítis del pubis, proceso inflamatorio "no infeccioso", puede tener las mismas manifestaciones clínicas y radiológicas de la osteomielitis del pubis^{1, 4, 6, 7}, aunque su curso clínico y radiológico son bien diferentes. Creemos que vale la pena conocer más detalles acerca de estas dos enfermedades que aún generan confusión. Las publicaciones encontradas en una revisión de literatura mundial no son muy numerosas y el número de casos publicados también es bajo, esto probablemente es debido a una falta de conocimiento de la patología y del diagnóstico de esta enfermedad.

La etiología de la osteítis del pubis es incierta, aunque siempre se ha reportado su aparición después de procedimientos generalmente de carácter quirúrgico a nivel de la cavidad pélvica, más frecuentemente los llevados a cabo en el tracto genitourinario. La osteomielitis del pubis se desarrolla luego de prostatectomías suprapúbicas y retropúbicas^{8, 9, 10, 11}, cirugías de vejiga^{1, 4, 6, 9}, uretropexias^{1, 2, 3, 12}, histerectomías^{8, 13}, vulvectomías¹³, y procedimientos obstétricos¹⁴. En la mayor parte de estos casos se encuentra una bacteria como agente causal de la enfermedad.

La enfermedad fue descrita originalmente por Leguey y Rochet en 1923⁴. Beer en 1924 publicó los primeros casos de osteítis del pubis después de cirugías urológicas. Pensó que el trauma quirúrgico

sobre el pubis era el agente causal de la entidad, aunque experimentalmente no logró sostener esta teoría^{4, 8, 11}.

Del Busto² ha reportado la presencia de esta enfermedad en pacientes que abusan de drogas por vía parenteral. Rosenthal en 1982 reportó 3 casos y revisó 25 pacientes descritos hasta entonces en la literatura de habla inglesa¹².

La incidencia de la osteomielitis del pubis varía, de acuerdo a las publicaciones revisadas, pero no supera al 1-2% de todas las osteomielitis del esqueleto^{1, 2} y al 2-11% de las osteomielitis pélvicas¹⁵. El pubis es el hueso de la cintura pélvica menos afectado¹⁵.

A continuación reportamos 4 casos de osteomielitis tratados por los autores desde mayo de 1985 a marzo de 1987 en el Centro Médico de los Andes, Fundación Santa Fe de Bogotá.

MATERIALES Y METODOS

Las historias clínicas de cuatro pacientes que desarrollaron osteomielitis del pubis después de haber sido sometidos a cirugías en el área pélvica fueron revisadas, así como sus radiografías, gamagrafías, estudios microbiológicos e histopatológicos. El ^{99m}Tc fue el isótopo radioactivo usado en todos nuestros casos. Los pacientes fueron llevados a cirugía donde se les practicó biopsia abierta del pubis, tomándose muestras para cultivos e histopatología. Las muestras óseas fueron maceradas en un mortero estéril y procesadas en los siguientes 20 minutos. Luego se sembraron en medios de cultivo para microorganismos aeróbicos y anaeróbicos. Los estudios de identificación y sensibilidad se realizaron mediante técnicas convencionales.

A continuación describiremos los hallazgos más sobresalientes en las historias clínicas de estos pacientes.

Caso N° 1

Paciente de 17 años de edad, quien ingresa en septiembre de 1986, consultando por fiebre, malestar general y dolor en región suprapúbica. Dos meses antes del ingreso, sufre politraumatismo en accidente automovilístico, presentando fracturas de cráneo, fractura abierta del cuello femoral y de la diáfisis femoral izquierda; así como fracturas de las ramas ileo e isquiopúbicas derechas.

El paciente fue llevado a cirugía donde se le practicó reducción abierta y fijación interna de las fracturas femorales. Veinte días antes de su ingreso a nuestra Institución presenta fiebre y secreción purulenta sobre la herida en el muslo izquierdo. Al

examen de ingreso se encuentra paciente febril, 39 grados centígrados de temperatura, taquicárdico, pálido, en las condiciones generales. En la cara externa del muslo se observa lesión puntiforme supurativa; hay dolor a la palpación de la sínfisis púbica. Los exámenes de laboratorio mostraron anemia, leucocitosis y una velocidad de sedimentación globular de 55 milímetros por hora. El parcial de orina y cultivo son negativos para crecimiento bacteriano. Seis hemocultivos fueron reportados como negativos. Las radiografías mostraron lesiones osteolíticas a nivel del pubis izquierdo, destrucción de la cortical de la rama isquiopúbica izquierda, moderada reacción perióstica y evidenciaron las fracturas de las ramas ileo e isquiopúbicas derechas. La gamagrafía practicada es informada como normal. A pesar de estos hallazgos y en vista de su sintomatología y de los hallazgos radiológicos el paciente es llevado a cirugía nueve días después de su ingreso, practicándole una biopsia abierta del pubis. En cirugía se encuentra un hueso friable, blando, con secreción purulenta. El cultivo es reportado como positivo para *P. Aeruginosa*. La patología muestra hueso con áreas de tipo reparativo con formación de callo óseo. Se inicia tratamiento con Cefotaxima por vía endovenosa, 6 gramos por día a través de catéter instalado en la aurícula derecha durante 8 semanas. Después de 52 semanas el paciente se encuentra asintomático.

Caso N° 2

Paciente de 39 años de edad, quien ingresa en febrero de 1986 por presentar dolor en región suprapúbica, dificultad para la deambulación y abducción de las caderas. Dos años antes de su ingreso le fue practicada operación cesárea, presentando posteriormente secreción purulenta en la herida quirúrgica durante un mes. La paciente, desde entonces, visita a varios médicos por presentar los síntomas descritos anteriormente. A su ingreso se encuentra febril, 38 grados centígrados de temperatura, hay dolor a la palpación de la sínfisis y dificultad para abducción de las caderas. El laboratorio mostró una velocidad de sedimentación globular de 9 milímetros por hora. Un P de 0 y cultivos son negativos para crecimiento bacterianos. Las radiografías de la pelvis reportan desmineralización de la sínfisis púbica. La gamagrafía ósea mostró aumento de la captación del isótopo a nivel de la sínfisis púbica, compatible con proceso inflamatorio. La paciente es llevada a cirugía encontrándose un hueso esclerótico. El cultivo del hueso es positivo para crecimiento de *Serratia Mercresces*. El estudio histopatológico es compatible con infección de la médula ósea. Se inició tratamiento con Cefalotina endovenosa por espacio de 6 semanas. La paciente se encuentra asintomática después de 89 semanas.

Caso N° 3

Paciente de 46 años de edad, de sexo masculino, quien ingresó en mayo de 1985 por presentar severo dolor en el pubis con limitación para la deambulación, asociado a fiebre no cuantificada y malestar general. Cuatro meses antes de su ingreso se le practicó herniorrafia inguinal derecha, presentando secreción purulenta en el extremo distal de la herida. Siete días después de su cirugía comienza a presentar dolor en el pubis. Al examen de ingreso se encuentra temperatura de 37.5 grados centígrados, un V.S.G. de 50 milímetros por hora; P de 0 normal, urocultivo normal. La radiografía del pubis reporta moderada diastasis de la sínfisis púbica. La gammagrafía ósea evidencia aumento de captación de isótopo a nivel de la sínfisis púbica. El paciente es llevado a cirugía donde se encuentra un hueso pálido, grumoso, del cual se toman cultivos y especímenes para patología. Estos son reportados como positivos para *P. Aeruginosa* y compatibles con infección ósea. Se inicia tratamiento con Mezlocilina a razón de 12 gramos por día durante 6 semanas vía endovenosa. El paciente se encuentra asintomático después de 119 semanas de seguimiento.

Caso N° 4

Paciente de 41 años de edad, de sexo femenino, quien ingresa en febrero de 1987 por presentar dolor en fosa ilíaca izquierda, hipogastrio y región púbica. Cuatro años antes de su ingreso se le practica histerectomía abdominal sin complicaciones. La paciente desde entonces y debido a su sintomatología visita a varios especialistas quienes no logran encontrar la causa de su dolor. A su ingreso la temperatura es de 37 grados centígrados, V.S.G. de 20 milímetros por hora. El P de 0 y cultivos son normales. Las radiografías de la pelvis se reportan como normales. La gammagrafía ósea demuestra aumento de la captación en la sínfisis púbica extendiéndose a las ramas ileopúbicas. Cuatro días después de su ingreso es llevada a cirugía practicándosele bipsia abierta del pubis, encontrándose un hueso blando, pigmentado con algún material purulento. El cultivo de la secreción es positivo para crecimiento de *Peptococcus Sp* y *Streptococcus Intermedius* (anaerobios). La patología muestra hiperplasia eritroide y lesión reparativa ósea. Se inició tratamiento con Amikacina 350 mg. endovenosos cada 6 horas y Clindamicina 600 mg endovenosos cada 4 horas durante 8 semanas. Después de 26 semanas de seguimiento se encuentra asintomática.

RESULTADOS

Los síntomas de la enfermedad aparecieron en nuestros pacientes entre 2 y 8 semanas después de ser realizada la cirugía previa, con un promedio de 4.2 semanas (Tabla N° 2). Por otra parte, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diag-

nóstico definitivo osciló entre 3 y 208 semanas, con un promedio de 80 semanas (Tabla N° 2). El tiempo de seguimiento de los pacientes varía entre 24 y 119 semanas, con un promedio de 71 semanas.

Dolor sobre la sínfisis púbica, espasmo de los músculos aductores, dificultad para deambulación a causa del dolor, fiebre baja y severo dolor a la abducción de las caderas fueron síntomas comunes en todos los pacientes.

Moderada leucocitosis se presentó sólo en el caso N° 1, la V.S.G. se encontró acelerada en los casos 1, 3 y 4 (Tabla N° 3).

Los estudios radiológicos de la sínfisis púbica fueron realizados inmediatamente fue admitido el paciente a la institución. En el caso N° 1 se halló lesión destructiva de la cortical, moderada reacción perióstica y demineralización localizada en la sínfisis púbica. En el caso N° 2 se encontró desmineralización localizada y en el caso N° 3 se observó leve diastasis de la sínfisis púbica. En el caso N° 4 las radiografías fueron normales.

Los estudios gramagráficos mostraron aumento de la captación del radioisótopo a nivel de la sínfisis púbica en tres de nuestros casos, lo cual nos indica aumento de la actividad osteoblástica. En el caso N° 1 la gammagrafía fue interpretada como normal.

Las bacterias aisladas de los cultivos del material de la biopsia ósea fueron *P. Aeruginosa* en los casos 1 y 3. En los casos 2 y 4 se encontró crecimiento polimicrobiano. En el caso N° 2 se obtuvo *Serratia Marcesces* y bacterias del grupo TM 1, y en caso N° 4 se aislaron gérmenes anaeróbicos, *Peptococcus Sp* y *Streptococcus Intermedius* (Tabla N° 4), ambos asociados a procedimientos ginecoobstétricos.

Los estudios de anatomía patológica mostraron los siguientes hallazgos: En los casos 2 y 3 el tejido del curetaje mostró evidencia de lesión inflamatoria crónica con fibrosis reparativa y presencia de algunas trabéculas desvitalizadas (secuestros). Las coloraciones de Gram revelaron cocobacilos Gram negativos en escasa cantidad. En el caso N° 1 el estudio histopatológico de los fragmentos enviados mostró formación de callo óseo reparativo pero no se observó lesión inflamatoria activa. En el caso N° 4 los cortes mostraron fragmentos óseos de aspecto histológico usual sin evidencia de lesión inflamatoria aguda o crónica.

DISCUSION

La infección ósea ocurre de tres maneras: diseminación hematógena desde un foco a distancia^{3, 5}, contacto directo de las bacterias con el hueso como

sucede en fracturas abiertas o en exposiciones quirúrgicas, y por último, secundaria a un foco de infección vecino⁵. En dos de nuestros pacientes existe historia de infección de la herida quirúrgica, lo que nos hace suponer que la vía contaminante en estos casos fue por contiguidad. En el caso N° 1, a pesar de que hay historia de infección de la herida quirúrgica, creemos que la vía hematógena fue la usada por los gérmenes para infectar el hueso. En el caso N° 4 no pudimos demostrar ni infección de la herida quirúrgica ni bacteremia.

Varias hipótesis se han postulado para explicar la causa de esta entidad. Por un lado, en los procedimientos urológicos la infección urinaria es frecuente y esta ha sido culpada como la causa de la enfermedad al contaminar los tejidos vecinos traumatizados de por sí por la misma cirugía. El trauma directo sobre el pubis en procedimientos ginecoobstétricos, la presión de los separadores, el uso de sondas de drenaje en cistostomías¹⁸, la divulsión muscular agresiva y el uso de electrocauterio¹², son otros factores tenidos en cuenta como causantes traumáticos que podrían explicar el origen de esta infección.

Las incisiones quirúrgicas, por otra parte, son adyacentes a la sínfisis púbica, lo cual podría facilitar la diseminación bacteriana desde la piel vecina o desde el tracto genitourinario contaminando la herida quirúrgica. El uso de puntos de sutura, como sucede en las cirugías de suspensión uretrovesical¹⁸, o los puntos de tensión utilizados en herniografías inguinales¹⁹ traumatizan el pubis y actuarían como mecanismo de inoculación directa de microorganismos dentro del hueso.

Los microorganismos cultivados en los diferentes trabajos revisados muestran que las bacterias Gram negativas son los causantes de la enfermedad en más del 50% de los casos^{1, 2, 8, 9, 10, 13}. La *P. Aeruginosa* es frecuentemente encontrada después de procedimientos urológicos^{1, 2, 8, 9, 10, 18}.

En ese sentido, la osteomielitis del pubis difiere del resto de osteomielitis esqueléticas. Waldvogel y sus colaboradores⁵ en la más amplia revisión de la literatura sobre osteomielitis encontraron que el *Stafilococo Aureus* es el microorganismo causante de aproximadamente el 60% de los casos reportados. El otro 40% es causado por bacterias Gram negativas. En nuestros casos la *P. Aeruginosa* fue aislada en la mitad de estos, a pesar de que no tuvimos ningún caso secundario a procedimientos urológicos. Por otra parte encontramos dos casos con crecimiento polimicrobiano y uno con bacterias anaeróbicas. El encontrar más de una bacteria como causante de la enfermedad nos hace pensar que el concepto generalizado de que la osteomielitis es causada por un

solo germen debe ser revaluado, por lo menos en lo que hace referencia a la osteomielitis del pubis.

Creemos además que la ausencia de crecimiento bacteriano en varios trabajos sobre osteitis del pubis se deba en parte a falta de técnicas depuradas y refinadas que poseemos hoy en día para cultivar bacterias aeróbicas y anaeróbicas que no se disponían en años anteriores¹².

Los estudios radiológicos de la osteomielitis del pubis han mostrado cambios que van desde desmineralización, erosión, lesiones osteolíticas e irregularidades en los márgenes de la sínfisis púbica, hasta signos de reparación ósea como esclerosis, fusión de la sínfisis y finalmente formación de secuestros óseos^{1, 6, 11, 15}. Las radiografías en nuestro estudio no fueron conclusivas para el diagnóstico de la enfermedad, pero hallazgos similares a los descritos si fueron visualizados. Es probable que esto haya ocurrido por la evolución tan prolongada de nuestros casos, ya que la mayoría de cambios radiológicos se observan durante las primeras semanas de la enfermedad^{1, 2, 4, 15}.

Los estudios gamagráficos sí fueron de gran ayuda para confirmar la sospecha clínica de osteomielitis del pubis. En el caso N° 1 la gamagrafía fue negativa, posiblemente por la avascularidad temporal del segmento óseo estudiado, causado por las fracturas múltiples de las ramas ileo e isquiopúbicas.

Todos los pacientes fueron tratados con terapia antibiótica durante un tiempo mínimo de 6 a 8 semanas por vía parenteral, en dosis y concentraciones óseas adecuadas, una vez conocido el tipo de bacteria cultivado en el material de la biopsia ósea^{5, 12, 13}.

La cirugía ha sido preconizada en esta entidad por varios autores^{1, 3, 4, 6}. En todos nuestros pacientes la realizamos no sólo para obtener un diagnóstico histopatológico sino para obtener material para cultivo. Creemos que en aquellos casos donde se encuentra hueso friable, desvitalizado con presencia de secuestros óseos, se debe realizar un legrado completo del área afectada.

Burns en 1977¹ consideró que para establecer el diagnóstico definitivo de la osteomielitis del pubis deberían estar presentes dos de los tres siguientes hallazgos: radiología y gamagrafía positivas, presencia de microorganismos en el cultivo y biopsia positiva para infección medular ósea. En nuestros pacientes el estudio histopatológico fue positivo en dos casos, en el caso N° 1 se encontró una actividad reparativa que podría ser explicada como un fenómeno de vecindad al proceso lítico pero no puede descartarse que se trate de un fenómeno reparativo a las fracturas del paciente. En el caso N° 4 el

Tabla 1: **DATOS CLINICOS**

CASO No.	EDAD	SEXO	CIRUGIA PREVIA
1	17 años	♂	Reducción abierta y fijación interna de fractura de cadera
2	39 años	♀	Operación cesárea
3	46 años	♂	Herniorrafia inguinal
4	41 años	♀	Histerectomía abdominal

Tabla 2

Paciente No.	1	2	3	4	Tiempo \bar{x}
Tiempo transcurrido entre cirugía e inicio de los síntomas	6 SEMANAS	1 SEMANAS	2 SEMANAS	8 SEMANAS	4.2 SEMANAS
Tiempo transcurrido entre inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo	3 SEMANAS	104 SEMANAS	16 SEMANAS	208 SEMANAS	80 SEMANAS

material de curetaje enviado para cultivo de microbiología fue positivo para varias bacterias, sin embargo en los fragmentos sometidos a examen histopatológico no se observaron cambios inflamatorios. Esta aparente discrepancia podría explicarse si en el acto quirúrgico el cirujano tomó muestra de dos en sitios diferentes contiguos a la lesión.

Finalmente llama la atención la evolución tan tórpida de todos nuestros casos. Tres de estos presentaron síntomas durante largos meses diagnosticándoseles patologías urológicas, ginecológicas y psicológicas. En ningún momento se contempló la posibilidad diagnóstica de osteomielitis del pubis.

CONCLUSIONES

Es difícil establecer conclusiones valederas con un número tan limitado de casos. Sin embargo hay ciertos factores y hechos que merecen ser resaltados. Creemos que la osteomielitis del pubis debe ser sospechada en pacientes que presenten dolor sobre el pubis, especialmente si éstos han sido sometidos a cirugías previas en el área pélvica.

La biopsia ósea nos permite obtener material para cultivo y realizar un diagnóstico histopatológico certero. Los cultivos son invaluable para identificar el germen causal y se recomienda un manejo ade-

TABLA 3: **DATOS DE LABORATORIO**

CASO No.	LEUCOCITOS POR mm ³	% DIFERENCIAL PMN	BANDAS	V. S. G. /hora
1	10900	70	1	55
2	4600	52		9
3	6800	40		50
4	6900	60		20

TABLA 4 **HALLAZGOS BACTERIOLOGICOS Y TRATAMIENTO**

CASO No.	BACTERIA INFECTANTE	ANTIBIOTICOS ADMINISTRADOS	ESTADO ACTUAL Y SEGUIMIENTO
1	Pseudomona Aeruginosa	Ceftazidina I.V. 8 semanas	Asintomático 52 semanas
2	Serratia Marcesces Grupo TM1	Cefalotina I.V. 6 semanas	Asintomático 89 semanas
3	Pseudomona Aeruginosa	Mezlocilina I.V. 6 semanas	Asintomático 119 semanas
4	Peptococcus sp Streptococcus Intermedius	Amikacina y Clindamicina I.V. 6 semanas	Asintomático 26 semanas

cuado de la muestra. Por último los antibióticos se deben usar en las dosis y concentraciones adecuadas durante un periodo de seis a ocho semanas.

SUMMARY

Clinical and bacteriological findings of four cases of Osteomyelitis of the pubis are reported, all secondary to pelvic surgery.

The interval between surgery and the final diagnosis varies from three weeks and 53 months with an average of 20 months.

Plain films and bone scans of the pelvis were important features in the diagnosis. In all cases a surgical curettage was performed for pathologic and microbiologic studies.

Antibiotic therapy was administered intravenously during a period of 6-8 weeks.

Our patients are currently asymptomatic after a follow up period that varies from 25 to 119 weeks with an average of 68.5.

CASO No.	EDAD	SEXO	CIRUGIA PREVIA
1. BURNS, R.J., GREGORY, G.J.: Osteomyelitis of the Pubic Symphysis after Urologic Surgery. <i>The Journal of Urology</i> . 118: 803-805, 1977.			
2. DEL BUSTO, R., et als. Osteomyelitis of the Pubis. <i>JAMA</i> . 248, Nº 12: 1498-1500, Sept. 1982.			
3. FUSELIER, H.A., BUSBY, J.: Osteomyelitis of the Pubis. <i>Southern Medical Journal</i> . 73: 1649-1650, 1980.			
4. WARWICK TURNER, R.T.: The Pathogenesis and Treatment of Osteitis Pubis. <i>British Journal of Urology</i> . 32: 464-472, 1960.			
5. WALDVOGEL, A., FRANCIS, et als. Osteomyelitis: A review of Clinical Features. Therapeutic Considerations and Unusual Aspects (second of three parts). <i>The New England Journal of Medicine</i> . 282, Nº 5: 260-266.			
6. SAMELLAS, W., FINKELSTEIN, M.S.: Osteitis Pubis: Its Surgical Treatment. <i>The Journal of Urology</i> . 87, Nº 4: 553-555, April, 1962.			
7. STEINBACH, L., HOWARD, et als: The Pathogenesis of Osteitis Pubis. <i>The Journal of Urology</i> . 74, Nº 6: 840-846, December 1955.			
8. FRIEDEMBERG, Z.B. Osteitis Pubis with involvement of the Hip Joint. <i>The Journal of Bone and Joint Surgery</i> . 32A: 924-927, 1950.			
9. GILBERT, D.N., et als. The Bacterial Causation of Postoperative Osteitis Pubis. <i>Surgery, Gynecology and Obstetrics</i> . 141: 195-198, August, 1975.			
10. LAVALLE, L., LAWRENCE, et als. Osteitis Pubis: Its Etiology and Pathology. <i>The Journal of Urology</i> . 66, Nº 3: 418-432, September, 1951.			
11. WHEELER, W., KENNETH. Periostitis Pubis following Suprapubic Cystostomy. <i>The Journal of Urology</i> . 45: 467-475, 1941.			
12. ROSENTHAL, R.E., et als. Osteomyelitis of the Symphysis Pubis: a Separate Disease from Osteitis-Pubis. <i>J. Bone Surg. Am.</i> 64A: 123, 1982.			
13. HOYME, B., UDO et als. Osteomyelitis Pubis after Radical Gynecologic Operations. <i>Obstetrics and Gynecology</i> . 63, Nº 3: 47S-53S, March, 1984.			
14. GOLDEN, A. Lesions of Ischium and Pubis in Pregnancy Resembling Osteitis. <i>The Journal of Urology</i> . 67, Nº 3: 370-373, March, 1952.			
15. HELDRICH, F., HARRIS, V. Osteomyelitis of the Pubis. <i>Acta Pediátrica Scandinavica</i> . 68: 39-41, 1979.			
16. MYNORS, M.J. Osteitis Pubis. <i>The Journal of Urology</i> . 112: 664-665, November, 1974.			
17. ROWARTH, G.: Osteomyelitis of the Pubic Bones and Staphylococcal Septicaemia. Complicating Pregnancy. <i>The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire</i> . 47: 214-217, 1940.			
18. MANOUKIAN Manasseh. Osteomyelitis Pubis due to Pseudomonas Aeruginosa Treated with Polymixin B Sulfate. <i>Archives of Surgery</i> . 67: 937-938, 1953.			
19. PEIRSON, L.E.: Osteochondritis of the Symphysis Pubis. <i>Surgery, Gynecology and Obstetrics</i> . 49: 834-838, 1929.			

CONCLUSIONES

Es difícil establecer conclusiones válidas con un número tan limitado de casos. Sin embargo hay ciertos factores y hechos que merecen ser resalta- dos. Creemos que la osteomielitis del pubis debe ser sospechada en pacientes que presentan dolor sobre el pubis, especialmente si estos han sido sometidos a cirugías previas en el área pélvica.

La biopsia ósea nos permite obtener material para cultivo y realizar un diagnóstico histopatológico certero. Los cultivos son invasivos para identificar el germen causal y se recomienda un manejo ade-